

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA EROÇÃO E EXTRUSÃO DE SEGUNDO “CUFF” IMPLANTADO EM URETRA BULBAR APÓS FALHA NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA PÓS-PROSTATECTOMIA RADICAL, UTILIZANDO O ESFÍNCTER ARTIFICIAL AMS 800

José Marx Abi – Acl Xavier

Bernardo Pace Silva de Assis

Maxmillan Alkimim Dutra

Vinícius Caetano de Faria

Fabrcio Leite de Carvalho

Antônio Peixoto de Lucena Cunha

Hospital Universitário Ciências Médicas,
Belo Horizonte – MG - Brasil

Endereço de Correspondência

José Marx Abi- Acl Xavier
Rua Tomás Gonzaga, 770, aptº 202
Lourdes - Belo Horizonte –MG.
CEP: 30180-140
E-mail: jmxavier@gmail.com

INTRODUÇÃO

O esfínter urinário artificial permanece até hoje como o tratamento padrão-ouro para a incontinência urinária pós-prostatectomia. O primeiro modelo a ser utilizado para este fim foi o AMS 721 introduzido em 1973 e implantado por Scott num pequeno grupo de 34 pacientes e com uma taxa de sucesso de 79%. Hoje, o modelo mais usado é o AMS 800 surgindo no mercado em 1983. Desde então, o modelo original sofreu algumas modificações como diminuição e estreitamento do manguito, conectores de maior resistência e sem a necessidade de fixação com fios (“sutureless”), revestimento com antibióticos e outras a fim de reduzir a taxa de complicações ou falha da técnica. ⁽¹⁾

Dados recentes da literatura e revisões bibliográficas mostram que, apesar da grande maioria dos pacientes submetidos a implantação cirúrgica do AMS 800 estarem satisfeitos e com qualidade de vida a longo prazo (uso de 1 Pad/dia), a taxa de complicações e falha da

técnica não é desprezível e, na maioria das vezes, requerem revisão cirúrgica. As principais complicações são: infecção (0.5 – 10,6%); erosão uretral (2.9 – 12%); atrofia uretral (1.6 – 11,4%). ⁽²⁾

RELATO DE CASO

Paciente de 61 anos em pós-operatório de prostatectomia radical há cerca de 4 anos em outro serviço e com quadro de incontinência urinária e em uso de 5 forros diários.

Após 2 anos da prostatectomia e mantendo o quadro acima foi submetido a implante do esfínter urinário artificial AMS 800 em outro hospital de Belo Horizonte (MG). No acompanhamento de 3 meses de pós-operatório evoluiu com melhora parcial dos sintomas reduzindo o uso de forros para três ao dia. Tendo em vista a resolução incompleta do caso e por desejo do paciente, foi submetido a implante de um segundo cuff do AMS 800 6 meses após a colocação do primeiro na mesma instituição na qual foi realizado o implante primário. Desde

então, apresentado boa evolução com remissão dos sintomas, até que, 6 meses após o último procedimento, iniciou com quadro de disúria, infecção urinária de repetição e retorno da incontinência urinária necessitando do uso de 6 forros/dia. O paciente foi então encaminhado ao nosso serviço para investigação e resolução do quadro. Foi então realizada uretoscopia que evidenciou o segundo "CUFF" erodido intra-uretral (Figura 1).

Foi planejada e realizada uretroplastia com retirada do segmento de uretra erodido juntamente com o "CUFF" e anastomose termino-terminal (Figuras 2 e 3). O paciente obteve alta no 2º dia pós-operatório com retorno no 21º para retirada da sonda vesical de demora. Evoluiu com melhora incontinência sendo necessário 1 forro/dia, jato urinário bom e função erétil preservada.

Quanto a patologia primária do cancer de próstata, o paciente encontrava-se assintomático, com PSA de controle após 2 anos de 0,01 e ereção preservada.

FIGURA 1



Fonte: Arquivo pessoal

FIGURA 2



Fonte: Arquivo pessoal

FIGURA 3



Fonte: Arquivo pessoal

DISCUSSÃO

Atualmente, existe um consenso na literatura baseado na análise de estudos com grandes coortes, de que o re-implante de dispositivos do AMS-800 após erosão e/ou infecção do primeiro, está associado a um risco significativamente aumentado de complicações, como novas erosões. Além disso, a taxa de sucesso do novo procedimento é menor quando comparada ao implante primário. ⁽⁵⁾

Lai and Boone compararam 21 pacientes submetidos a procedimentos de re-implante de dispositivos do AMS – 800 com 169 pacientes que fizeram implante primário do esfíncter. A taxa de erosão foi quatro vezes maior (14,3% vs 3,6%, $p=0,02$) no grupo submetido ao implante secundário do dispositivo. Entretanto, quando comparadas as taxas de infecção/re-infecção; atrofia uretral, mal-funcionamento do dispositivo e vazamentos, os dois grupos não mostraram diferenças significativamente estatísticas entre eles. ⁽³⁾

Os estudos mostram que a causa mais comum de re-operação após implantes secundários foram erosão e/ou infecção do dispositivo em contraste com o implante primário que tem como principais causas de re-intervenção as falhas mecânicas ou atrofia uretral.

Raj et al, em análise de 46 pacientes submetidos a implantes de salvamento após erosão ou infecção reportaram uma taxa de sobrevida do dispositivo de 60% em 5 anos, valor significativamente pior comparado a procedimentos de revisão ou re-implantes realizados por outras complicações que não a erosão. ^(1,2)

Uma revisão de séries atual mostra que a sobrevida do novo implante realizado após erosão ou infecção do implante primário é de 68 % em 5 anos comparada a 75% a 80% quando o implante é realizado pela primeira vez.

Estes valores mostram a importância de um bom aconselhamento pré – operatório dos pacientes candidatos a um novo implante de dispositivo do AMS-800, principalmente quando indicado após erosão e/ou infecção do primeiro dispositivo. ⁽⁵⁾

CONCLUSÃO

O relato de caso acima descrito e dados da literatura sugerem que a colocação de um segundo cuff ou o reimplante após extrusão por erosão ou infecção do esfíncter está associado a um aumento da taxa de recorrência de complicações (erosão/infecção) levando muitas vezes a retirada do implante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Raj GV, Peterson AC, Toh KL et al: Outcomes following revisions and secondary implantation of the artificial urinary sphincter. J Urol 2005; 173: 1242
- 2 Raj GV, Peterson AC and Webster GD: Outcomes following erosions of the artificial urinary sphincter. J Urol 2006; 175: 2186
- 3 Lai HH and Boone TB: Complex artificial urinary sphincter revision and reimplantation cases – how do they fare compared to virgin cases? J Urol 2012; 187: 951
- 4 Linder BJ, Mitra C and Elliot DS: Long-term Device outcomes of Artificial Urinary Sphincter Reimplantation Following Prior Explantation for erosion or infection. J Urol 2013; 191: 734
- 5 Kim PS, Sarmast Z, Daignault S, Faerber GJ, McGuire EJ and Latini JM: Long-term durability and functional outcomes among patients with Artificial Urinary Sphincters: A 10-Year Retrospective Review from University of Michigan. J Urol 2008; 179: 1912.